

不妊治療における特定治療支援事業の課題



関 芙佐子 (せき ふさこ)

横浜国立大学大学院 国際社会科学研究院 教授

■略歴

1993年 東京大学法学部第2類(公法)卒業
1998年 北海道大学大学院法学研究科博士後期課程
(公法)単位取得満期退学
1998年 日本学術振興会特別研究員
2002年 北海道大学大学院法学研究科 助手
2003年 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院
助教授
2014年4月より現職

■専門

社会保障法、高齢者法

■主な著書

「アメリカ」加藤智章=西田和弘編『世界の医療保障』
(法律文化社、2013年)、「介護保険制度の被保険者・
受給者範囲」日本社会保障法学会編『新講座社会保障
法2—地域生活を支える社会福祉』(法律文化社、2012
年)、「「高齢」保障と高齢者の功績」小宮文人=島田陽
一=加藤智章=菊池馨実編『社会法の再構築』(旬報社、
2011年)、「高齢者雇用法制」清家篤編『高齢者の働き
かた(叢書・働くこと第8巻)』(ミネルヴァ書房、2009
年)、「普遍的介護保障システムの確立」駒村康平=菊
池馨実編『希望の社会保障改革』(旬報社、2009年)

要旨

- 2013年8月23日、「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」が出された(注1)。これを受けて、高額な特定不妊治療の治療費の一部を助成する「不妊に悩む方への特定治療支援事業」(以下、「特定治療支援事業」という。)において、2016年4月1日以降、43歳以上の女性は助成対象外となり、通算助成回数が大幅に削減されることとなった。このニュースは、40歳以上の不妊治療を受けている者や、治療を考えている者の動揺の声とともにメディアを騒がせた。
- 年齢が高くなるほど、流産・死産のほか母体や胎児の健康を害する確率が増大するうえに、出産に至る確率が低下するなか、公費による助成事業の範囲を限定しようとする考え方は一理ある。この場合、子どもをいつ産むか産まないかという選択の自由が当事者にあるなかで、出産の先送りによる健康へのリスクのみならず、助成を受けられないという経済的負担を担うリスクは、そうした決定をした者が年齢に応じて背負うことになる。
- 確かに、妊娠や出産に関する知識の普及が図られ、そのリスクについて若い頃から考える機会のある世代に属する者については、出産を先送りしたリスクを担わせることに賛同する見解も多いかもしれない。他方、高齢出産のリスクや不妊治療に関する知識が一般的に普及していないなか、家庭生活と仕事の両立が難しい環境下で働いてきた世代に属する女性とそのパートナーに、結婚や出産を先送りしてきた結果のリスクを背負わせる政策は、他の世代と比べてその世代に過度な負担を強いる政策なのではないか。
- 本稿では、Iで不妊治療をめぐる状況を整理し、IIで特定治療支援事業の全体像を概説し、IIIで年齢制限の課題のみならず、事実婚と不妊治療、対象となる治療の範囲、所得要件といった、特定治療支援事業の改変に伴う各種の課題について検証する。

(注1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書(平成25年8月23日)」(以下、「あり方報告書」という。)

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000022024.html>) (2014年5月1日アクセス。以下のHPへのアクセスは、全て2014年5月1日～5月11日に行っている。)

I 不妊治療をめぐる状況

1. 一般的な課題となった不妊治療

体外受精によって生まれた子どもは、2010年には年間28,945人となり、37人に1人(2.7%)が体外受精によって誕生している(注2)。特定不妊治療は、2010年には242,161件実施されている(注3)。近年の結婚年齢、妊娠・出産年齢の上昇、さらには医療技術の進歩が不妊治療を増加させている。

具体的にみると、平均初婚年齢は、男性が30.8歳、女性が29.2歳であり、第1子出産時の女性の平均年齢は30.3歳である(2012年)(注4)。また、母親が35歳以上での出産の割合は、2000年の11.9%から、2011年には24.7%と、おおよそ10年で倍増している(注5)。40歳以上での出産割合も、2000年の1.3%から3.6%へと3倍に増えている。さらに、こうした傾向から、不妊治療の実施件数は、2010年現在、1993年の約10倍、2005年の約2倍へと急増している。その年齢構成も上がっており、全体に占める40歳以上の者の割合は、2007年の31.2%から2010年には35.7%となっている(注6)。

不妊の検査や治療を受けたことがある(または現在受けている)夫婦は、全体で16.4%、子どものいない夫婦では28.6%、子ども1人の夫婦では23.9%となっている(2010年)(注7)。子どものいない夫婦の4組に1組以上は、不妊治療の経験があるわけである。また、不妊の心配をしたり、検査や治療経験のある夫婦の割合は近年増加傾向にあり、結婚後15～19年の夫婦でみると、不妊を心配した経験のある割合は、2002年の20.0%から、2005年の21.7%を経て、2010年には27.6%となっている(注8)。不妊治療や不妊の心配は、まさに現在の子どもを産む世代にとって一般的な問題であり、その不安は高まるばかりなのである。

(注2) 「体外受精による出生児数の推移」第1回「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会(以下、「あり方検討会」という。)(2013年5月2日)資料3「不妊治療をめぐる現状」5頁、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000314vv-att/2r985200000314yg.pdf>

(注3) 「不妊治療の実施件数の年次推移(日本産科婦人科学会2010年データ)」あり方報告書・前掲報告書(注1)参考資料1

(注4) あり方報告書・前掲報告書(注1)1頁

(注5) 「母親の年齢(割合)の推移」第1回あり方検討会・前掲資料(注2)3頁

(注6) 「生殖補助医療治療数」第1回あり方検討会・齊藤委員提出資料「生殖補助医療の現状からみた特定不妊治療助成のあり方」5頁

(注7) 国立社会保障・人口問題研究所「平成22年第14回出生動向基本調査第I報告書一わが国夫婦の結婚過程と出生力」(2012年)38頁、表4-1「子どもの有無・妻の年齢別にみた、不妊についての心配と治療経験」参照

(注8) 国立社会保障・人口問題研究所・前掲報告書(注7)39頁、図4-1「調査・結婚持続期間別にみた、不妊について心配したことのある夫婦の割合と治療経験」

2. 不妊治療の概要

特定治療支援事業の制度内容や不妊治療の家族に与える負担を検証する前提として、簡単に不妊治療の内容を説明する。不妊治療は、まず、男女ともども数々の検査を行い不妊の原因を調べることから始まる（注9）。その後の治療のステップは患者の年齢や状態に応じて異なるが、基本的には、第一ステップが排卵時期をチェックしたうえでの性交のタイミング指導、第二ステップが人工授精（AIH／Artificial Insemination with Husband's Semen）、第三ステップが体外受精や顕微授精（ICSI／Intracytoplasmic Sperm Injection）となる。

人工授精とは、排卵のタイミングに合わせて、別途採取した精液を注入器を用いて子宮内に注入する治療である。体外受精とは、卵巣から排卵直前の成熟した卵子を採取し（採卵）、卵子と精子をシャーレで混合し受精を図り、受精卵を培養後、子宮に戻す（胚移植）治療である。一般的に、複数の卵子を採取したり、1つであっても卵子の採取を成功させるために、排卵誘発剤などを使用して卵巣を刺激する。このため、採卵前に1～2週間ほど、通院や注射をする必要が出てくることになる。なお、これを行っても卵子が育たず採卵できなかつたり、採取できても状態がよくなく（空砲であるなど）受精しない場合は治療中止となる。

この一連の治療は、体外受精－胚移植（IVF-ET／In Vitro Fertilization Embryo Transfer）と呼ばれる。これに対して顕微授精は、卵子への精子の注入を、顕微鏡下で直接行う治療法である。元気な精子の数が少ないなどの男性不妊の場合に有効な方法である。また、体外受精や顕微授精でできた胚（受精卵）を凍結保存しておき、採卵した周期とは別な周期に融解して子宮内に移植する治療は、「凍結融解胚移植」と呼ばれる。

日本では、体外受精－胚移植および顕微授精は、ART（Assisted Reproductive Technology、「生殖補助医療」、「高度生殖医療」などと呼ばれている。）として、他の一般不妊治療と区別されている。不妊治療のなかで、（1）排卵障害に対する排卵誘発剤などの薬物療法、（2）卵管疎通障害（卵管不妊）に対する卵管通気法、卵管形成術、（3）精管機能障害（男性不妊）に対する精管形成術、（4）子宮内膜症の治療などは社会保険が適用される（注10）。また、体外受精と顕微授精（以下、「特定不妊治療」という。）は、特定治療支援事業の助成対象となっている。他方、人工授精は、社会保険の適用はなく特定治療支援事業の助成対象にもなっていない。なお、2013年4月より、（1）凍結融解胚移植、および（2）採卵したが卵子そのものが得られない、または状態のよい卵子が得られないため中止となった場合の治療について助成額が半額に減額されるなど、助成内容は治療内容により異なっている。

（注9）柴原浩章＝森本義晴＝京野廣一『よくわかる臨床不妊症学』（中外医学社、2007年）

（注10）「不妊治療について」「不妊治療の流れ」第1回あり方検討会・前掲資料（注2）4、6頁

3. 特定治療支援事業をめぐる歴史

不妊治療の歴史をみると、人工授精は古くから行われており、日本でも配偶者以外の第三者から採取した精子を用いる方法（非配偶者間人工授精）が1949年以来行われている。体外受精については、1978年に、イギリスのEdwardsとSteptoeが世界で最初の体外受精胚移植児を誕生させた（注11）。日本では、1983年に最初の成功例が報告されている。卵子提供は、1998年に実施された例が報告され、日本産科婦人科学会の会告に反することから、実施した医師が除名された。その後、2003年から活動している日本生殖補助医療標準化機関（JISART）の倫理委員会が、第三者からの卵子提供による非配偶者間体外受精について、2007年に審理の上、2008年に2例を実施した（注12）。

不妊治療の支援制度としては、1996年度に不妊に悩む者に対し、専門的知識を有する医師などが相談支援を行う「不妊専門相談センター事業」が開始された。次に2004年に、特定治療支援事業が創設され（注13）、支給期間を2年間として開始された（注14）。2005年には、特定治療支援事業について定めた2004年の通知が廃止され、母子保健医療対策全般に関する「母子保健医療対策等総合支援事業実施要綱」が定められ、ここに特定治療支援事業についても規定された（注15）。本通知が順次改正され、現在に至っている。

特定治療支援事業は、2005年度からは、全都道府県・指定都市および中核市で実施され、その後順次支給内容が充実し、2006年度には支給期間が2年から5年間に延長された。そして2007年度には、給付金額が1年度あたり1回10万円、2回まで増額され、所得制限額が650万円から730万円に引き上げられた。2009年度には給付額が10万円から15万円に引き上げられ、2011年度には1年度の助成回数が年3回に拡充された。その間、2007年には「特定不妊治療費助成事業の効果的・効率的な運用に関する検討会」が開かれ、特定不妊治療費助成事業の効果的・効率的な運用のための全国的な実績・成果の把握方法などが検討され、報告書が出されている（注16）。

その後、この流れは変わり、2013年度には支給範囲を縮小する改正がなされ、凍結胚移植（採卵を伴わないもの）などの給付額が15万円から7.5万円に減額された。そして、「あり方検討会」での討議を経て、後述するとおり事業内容は大幅に改革され、年齢制限が設けられるといった支給範囲を限定する改革が行われつつある。

特定治療支援事業が創設された2004年度には「特定不妊治療費助成事業」として2,540百万円の予算が費やされた。2005年度からは「母子保健医療対策等総合支援事業（統合補助金）」として予算が組まれており、2005年度の予算額は3,623百万円である。特定治療支援事業には、予算額の概ね9割以上が執行されている。予算額は随時増額され、2012年度には10,210百万円となった。その後、2013年度は減額され、9,229百万円となっている。2014年度は14,187百万円の予算が要求されている（注17）。2014年度の母子保健対策関係予算としては、「妊娠・出産包括支援モデル事業」、「生涯を通じた女

性の健康支援事業」(女性健康支援センターへの妊娠に悩む者に対する専門相談員の配置など)、「子どもの心の診療ネットワーク事業」などの実施予算も含まれている。

生殖医療全般については各種の議論が盛んななか(注18)、国内の法整備は依然として進んでいない。従来から存在する自主規制としては、日本産科婦人科学会の会告や日本生殖医療学会のガイドラインがある(注19)。また、日本弁護士連合会は、2000年の「生殖医療技術の利用に対する法的規制に関する提言」に始まり、各種の提言を出している(注20)。政府では、厚生科学審議会先端医療技術評価部会生殖補助医療技術に関する専門委員会が、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」(2000年12月)を出したのに始まり、厚生科学審議会生殖補助医療部会が2003年4月に、法制審議会生殖補助医療関連親子法制部会が2003年7月に報告書を出すなど、実施可能な生殖補助医療についての検討が進められている(注21)。最高裁判所は、性同一性障がい当事者の非配偶者間人工授精の事案において、夫を父として記載すべき旨を判断するとともに、改めて法的整備の必要性を指摘した(注22)。また、自由民主党内においても、2014年5月現在、生殖医療技術に関する法律案が検討されている。

(注11) 苛原稔「不妊治療の歴史と未来」周産期医学 Vol.42No.8 (2012) 960頁

(注12) 日本生殖補助医療標準化機関 (JISRAT/Japanese Institution for Standardizing Assisted Reproductive Technology) <<http://www.jisart.jp/>>

(注13) 「特定不妊治療費助成事業の実施について」(平成16年3月31日、雇児発第0331008号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)

(注14) 「不妊に悩む方への特定治療支援事業について」第1回あり方検討会・前掲資料(注2)7頁

(注15) 「母子保健医療対策等総合支援事業実施要綱の実施について」(平成17年8月23日、雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)

(注16) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「特定不妊治療費助成事業の効果的・効率的な運用に関する検討会報告書」(平成19年3月1日)

<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0301-7.html>>

(注17) 厚生労働省「平成26年度 予算概算要求の主要事項」32頁

<<http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/14syokan/dl/02-01.pdf>>

(注18) 法政策関係の議論としては、日比野由利編『グローバル化時代における生殖技術と家族形成』(日本評論社、2013年)、櫻田嘉章=町野朔=西希代子=石原理=島菌進=辻村みよ子=柘植あづみ=吉村泰典=久具宏司=室伏きみ子=水野紀子=二宮周平=佐藤やよひ=大西隆『学術会議叢書19 生殖医療と法』(日本学術協力財団、2012年)、「生殖補助医療の規制問題」樋口範雄編『ケース・スタディ生命倫理と法』(有斐閣、2012年)118頁以下、辻勲=星合昊「倫理面からみた生殖補助医療」産婦人科治療 Vol.102増刊号(2011)16頁、家永登「不妊治療と法律」柴原浩章他・前掲書(注9)124頁、吉川弘之他「学術会議叢書1 生殖医療と生命倫理」(日本学術協力財団、1999年)などを参照されたい。

(注19) 日本産科婦人科学会『『体外受精・肺移植』に関する見解(1983年10月/2006年改訂)』

<http://www.jsog.or.jp/kaiin/html/kaikoku/S58_10.html>、日本生殖医療学会「第三者配偶子を用いる生殖医療についての提言」(2009年3月)

<http://www.jsrm.or.jp/guideline-statem/guideline_2009_01.html>

(注20) 日本弁護士連合会「生殖医療技術の利用に対する法的規制に関する提言(2000年3月1日)」

〈http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/opinion/year/2000/2000_11.html〉、「『生殖医療技術の利用に対する法的規制に関する提言』」についての補充提言（2007年1月19日）」
〈<http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/opinion/year/2007/070119.html>〉、「第三者の関わる生殖医療技術の利用に関する法制化についての提言」（2014年4月17日）
〈http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2014/opinion_140417.pdf〉

（注21）詳しくは、梅澤彩「生殖補助医療と親子法」日比野・前掲書（注18）206頁以下参照

（注22）最三小判平成25年12月10日判時2210号27頁

4. 不妊治療の経済的負担

不妊治療の費用は、多くの家計を圧迫している。体外受精の1周期あたりの平均治療費は、30～50万円未満が52.2%、50万円以上が26.9%、20万～30万円未満が14.5%というアンケート結果がある（2013年）（注23）。これが顕微授精になると、50万円以上が44.7%、30～50万円未満が43.9%、20～30万円未満が7.7%と、さらに高額になっている。日本で顕微授精が実施されている割合は、生殖補助医療の治療の37.4%を占めており、実に多額の費用が不妊治療にかかっている。さらに通院を開始してからの治療費の総額をみると、最も多かった100～200万円未満が24.8%、10～50万円未満が18.8%、50～100万円未満が17.6%となっている。

これは、男女ともに働く夫婦であっても、容易に負担し辛い額である。実際、経済的な負担が理由で高額な治療の受診を躊躇した、あるいは延期などしたことがある者は、「非常にある」と「ややある」を合わせて、81.0%となっている。また、治療そのものにかかる経費以外にも、自宅近辺に不妊治療施設がないといった理由で、遠方の施設に通院するための交通費や宿泊費が高額となることもある。さらに、治療費以外にも、サプリメントなどの代替医療を併用している者も多く、61.8%の者は「サプリメント・健康食品など」を服用しており、1カ月あたり平均7,204円費やしている。その他、27.9%は「鍼灸」（17,719円）、24.6%は「漢方薬（社会保険適用）」（4,284円）、21.3%は「漢方薬（社会保険適用外）」（21,245円）、17.2%は「整体・カイロプラクティックなど」（12,477円）を併用している。

（注23）NPO法人Fine「不妊治療の経済的負担に関するアンケート Part2」（2013年4月）2、3頁
〈http://j-fine.jp/prs/prs/fineprs_keizaipart2_1304.pdf〉

5. 不妊治療と仕事の両立

働く女性の増加が晩婚化や妊娠・出産年齢の高齢化、ひいては不妊治療の増加を招いており、不妊治療を始める女性のなかには働く女性が多い。また、不妊治療には上述のとおり費用がかかり、仕事を継続しなければ治療ができないために仕事を続けたいと思う者も多い。しかし、不妊治療と仕事の両立は容易なことではない（注24）。86.5%の者が、治療により仕事や予定に支障をきたしたことが「非常にある」、「ややある」と答えている（注25）。

不妊治療は身体の状態に応じて受けるため、予定を組むことができない。例えば採卵の日程は直前に決まる。さらに、体外受精や顕微授精の治療では、自身で注射を打たない場合、注射や検査などで連日通院する必要がある。このため、「先の予定を立てにくい」「仕事の調整に苦心している」といった声が寄せられている。仕事の予定などをキャンセルしたり、遅刻が続くなどして気まずい思いをする者は多い。また、仕事の付き合いでの懇親会において飲酒できず、その説明に苦慮するなど、周りの者が知らないなかでの不妊治療には様々な気苦労が生じることになる。

こうしたなか、職場で不妊治療をしていることを話しているかという点、24.8%が誰にも話しておらず、23.7%が同僚など一部にだけ話しており、18.3%が上司にだけ話しており、関係者ほぼ全員に公表した人は16.4%でしかない。4人に1人が誰にも話していないという、職場でも公表しづらい状況がみえてくる。

職場に不妊治療に関する何らかのサポートがあるかという問いには、20.3%の者が「ある」と答えている。その中身は、「急な早退や年休を取らせてくれた」「同僚が仕事面で支援してくれる」といったものである。63.8%の「ない」と答えた者のコメントからは、フレックスタイム制や時短勤務、半日休暇や午後出勤、有給休暇を時間単位で使える制度といったサポートを求める声が上がっている。

(注24) 林谷啓美=鈴井江三子「不妊治療中の就労女性が経験する職場の理解と困難に関する研究」母性衛生第52巻4号(2012年)492頁

(注25) 以下、不妊治療と仕事の両立についてのアンケート結果は、NPO法人Fine・前掲アンケート(注23)4頁

Ⅱ 特定治療支援事業の全体像

1. 特定治療支援事業の現状

特定治療支援事業では、不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部が助成されている(注26)。事業の目的は、次のように定められている(注27)。

「不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精(以下「特定不妊治療」という。)については、1回の治療費が高額であり、その経済的負担が重いことから十分な治療を受けることができず、子どもを持つことを諦めざるを得ない方も少なくないことから、特定不妊治療に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図ることを目的とする。」

事業の概要は図表1のとおりである。これに上乗せして、追加の助成を行う地方自治体もある。

図表 1 特定治療支援事業の概要

対象治療法	体外受精および顕微授精（特定不妊治療）
対象者	特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、または極めて少ないと医師に診断された法律上の婚姻をしている夫婦
給付の内容	1回15万円（凍結胚移植〔採卵を伴わないもの〕および採卵したが卵子が得られないといった理由で中止となった場合は、1回7.5万円） 1年度目は年3回まで、2年度目以降は年2回を限度に通算5年間助成する。ただし、通算10回を超えない ※平成26（2014）年度に新規で助成を受ける場合において、当該助成に係る治療期間初日における妻の年齢が40歳未満であるときは、年間助成回数、通算助成期間については限度を設けず、通算助成回数は6回まで
所得制限	730万円（夫婦合算の所得ベース）
指定医療機関	事業実施主体において医療機関を指定
実施主体	都道府県、指定都市、中核市（全都道府県・指定都市・中核市で実施）
補助率	1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）

出所：「不妊に悩む方への特定治療支援事業について」第1回あり方検討会・前掲資料（注2）7頁より筆者作成

こうした特定不妊治療助成事業における助成状況をみると、事業創設当時（2004年度）は17,657件であったものが、2012年度には134,881件へと急増している（注28）。直近の2011年度と比べても、約20%も増えている。1人あたりの平均助成件数は1.65回である（2011年度）（注29）。

また、対象者の年齢をみると、29歳までが5.6%、30～34歳が23.9%、35～39歳が40.3%、40～44歳が26.7%、45歳以上が3.4%となっている。2016年度から助成対象外となる43歳以上は、11.6%を占めている（注30）。また、40歳以上の者の占める割合は、2011年度の30.1%から2012年度には32.6%へと増え、助成対象者の3割以上が40歳以上である（注31）。

年間助成回数は、1回の者が47.4%、2回の者が42.1%、3回の者は10.5%と、約半分の対象者が1回助成を受けているのみである（注32）。また、助成年数をみると、1年目の者が49.9%、2年目の者が28.6%、3年目の者が13.5%、4年目の者が5.7%、5年目の者が2.4%と、ここでも1年目の者が約半数を占めている。

特定不妊治療の助成事業以外に、不妊治療の支援事業としては、母子保健医療対策等総合支援事業のメニューとして、92億円の予算を費やし（2013年度予算）、不妊専門相談センター事業が行われている（注33）。同センターは、都道府県、指定都市、中核市の医療機関や保健所などにおいて実施されている。ここでは、不妊に関する医学的・専門的な相談や不妊による心の悩みなどについて、医師・助産師などの専門家が不妊に悩む夫婦の相談に対応したり、診療機関ごとの不妊治療の実施状況などに関する情報提供を行っている。

（注26）「不妊に悩む方への特定治療支援事業について」第1回あり方検討会・前掲資料（注2）7頁

-
- (注27) 「母子保健医療対策等総合支援事業実施要綱」・前掲通知(注15)
(注28) あり方報告書・前掲報告書(注1) 参考資料2「特定治療支援事業の助成件数の年次推移」
(注29) 「特定不妊治療助成事業における助成対象者の状況」第1回あり方検討会・前掲資料(注2) 資料8頁
(注30) あり方報告書・前掲報告書(注1) 参考資料7「年齢別の特定治療支援事業の助成件数」
(注31) あり方報告書・前掲報告書(注1) 2頁、参考資料3「年齢5歳階級別の助成件数」
(注32) 「特定不妊治療助成事業における助成対象者の状況」第1回あり方検討会・前掲資料(注2) 資料8頁
(注33) 「不妊専門相談センター事業」第1回あり方検討会・前掲資料(注2) 資料3、10頁

2. 「あり方報告書」について

「あり方報告書」は、特定不妊治療をめぐる現状を確認したうえで、不妊治療に関する支援のあり方について、(1) 検討の基本的な考え方をまず示し、次に、(2) 妊娠や不妊に関する知識の普及啓発、相談支援、および(3) 特定治療支援事業のあり方の見直しについて記述している。(3)については、本稿の検討対象である「特定治療支援事業の対象範囲」に加え、「医療機関の指定要件」や「医療機関に関する情報公開」など、医療機関のあり方について報告している。すなわち、特定治療支援事業以外にも、高齢出産のリスクといった妊娠や不妊に関する知識の普及啓発、専門的な相談を受けられる支援としての不妊専門相談センターのあり方、より安心・安全な妊娠・出産に資する実施医療機関の指定要件など、不妊治療をめぐる様々な観点を検討している。

(1) の検討の基本的な考え方をみると、「妊娠・出産に係る意思決定、すなわち、子どもを産むか産まないか、いつ産むのか、といった判断については、当事者である男女が自らの意思で行う事柄である」と述べている(注34)。そのうえで、「より安心・安全な妊娠・出産に資するため、不妊に悩む方々に対する公的支援についても、こうした認識に立って、適切な支援のあり方を検討することが重要であり…」とある。

この基本的な考え方にたったうえで、特定治療支援事業については、「公費による助成事業であることから、公平性・透明性を確保するとともに、国民の理解を得られる仕組みとすることが必要である。」とする(注35)。そのうえで、特定治療支援事業の対象範囲について、次の視点から見直しを行うことが必要であるとする。

- ①妊娠・出産に伴うリスクが相対的に少ない年齢、また、治療を行った場合に、出産に至る確率のより高い年齢に、必要な治療を受け、妊娠・出産の希望を叶えることが出来るようにすることが必要である。
- ②特定不妊治療は、長期間にわたり不妊治療を繰り返すことによる身体面・精神面への負担に配慮することも重要である。

こうした視点に基づき、助成対象年齢については、「加齢とともに、妊娠・出産に至る可能性は低下し、かつ、特に30歳代後半以降では、女性や子どもへの健康影響等のリスクは上昇する傾向があることが確認された。」とした。そして、これに関する各種の医学的データを提示したうえで、「女性や子どもへの影響を考慮すると、妊娠・出産

を希望する方の安心・安全な妊娠・出産に資するという観点から、リスクが相対的に少ない年齢で治療を開始することが望ましく、特定治療支援事業の助成対象を一定の年齢以下にすることが適当であると考えられる。」として、助成対象年齢は43歳未満とすることが適当であるとした。

年間助成回数については、「特定不妊治療を受ける方の身体への負担の少ない治療法等が選択できるようになってきたことを踏まえ、相対的にリスクが少なく、出産に至る確率の高い、より早い段階での治療の機会を確保する観点から」制限を設けないことが適当であるとした。

通算助成回数については、「累積分娩割合は、6回までは回数を重ねるごとに明らかに増加する傾向にあるが、6回を超えるとその増加傾向は緩慢となり、分娩に至った方のうち約90%は、6回までの治療で妊娠・出産に至っているという研究報告」などから、40歳未満で助成を開始した場合には通算6回とした。また、年齢による差を設け、「40歳以上で助成を開始した場合については、採卵から受精、そして肺移植に至るまでには、一定の治療回数を要すること」や諸外国の例を参考にして、通算3回を適当であるとしている。

通算助成期間については、「治療パターンや夫婦のライフスタイルの多様化、仕事との兼ね合い等、不妊治療に取り組む方には、様々なケースがあること」などから、制限を設けないこととするのが適当とするとした。

この他、現在特定治療支援事業を利用している者への配慮などから、見直しの実施時期について検討している。

(注34) あり方報告書・前掲報告書(注1) 4頁

(注35) 以下、あり方報告書・前掲報告書(注1) 9-12頁

3. 特定治療支援事業の見直し

厚生労働省は、あり方検討会の報告を受け、不妊治療に必要な費用の一部を助成する特定治療支援事業の助成対象範囲を見直し、2014年4月1日から一部施行(2016年4月1日から完全施行)した(注36)。

第一に、2014年4月1日以降、新たに助成制度を利用する者のうち、初めて助成を受ける際の治療開始時の妻の年齢が40歳未満の場合、年間助成回数と通算助成期間の限度は撤廃され、通算助成回数は6回までとなる(年齢はいずれも、治療開始時における年齢で判断される)。

第二に、2016年4月1日から、対象範囲、助成回数が次のとおりに変わる。

- ・妻の年齢が43歳以上の場合、助成対象外となる。
- ・初めて助成を受ける際の治療開始時の妻の年齢が40歳以上43歳未満の場合、助成は通算3回までとなる。
- ・年間助成回数と通算助成期間について次の図表2のとおり見直される(2016年3月

31日までは、40歳以上の者も従来どおり助成は受けられる。)

図表2 特定治療支援事業の新旧比較

	対象年齢	年間助成回数	通算助成回数	通算助成期間
現行制度	限度なし	年間2回 (初年度3回)	通算10回	通算5年
新制度	43歳未満	限度なし	初回40歳未満通算6回 初回43歳未満通算3回	限度なし

出所：雇用均等・児童家庭局母子保健課ポスター・リーフレット（注36）

（注36）雇用均等・児童家庭局母子保健課「制度改正周知用ポスター・リーフレット『不妊治療への助成の対象範囲が変わります。』及び妊娠等に関する知識の普及用動画『妊娠と不妊について』をホームページに掲載しました」（報道発表資料、2014年3月）

（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000039733.html>）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「不妊に悩む方への特定治療支援事業 Q&A 事例集」（各都道府県、指定都市および中核市などに送付された文章）

（http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/kosodate/josei/funin/qa.files/260306QA_kouroushou.pdf）

Ⅲ 特定治療支援事業の課題

1. 基本的な考え方

（1）自己決定の優先

年齢が高くなるほど流産・死産のほか、母体や胎児の健康を害する確率が増大するため、それを回避できるいっそう安心して安全な妊娠や出産がもちろん望ましい。加えて、出産に至る確率も年齢の上昇とともに低下するなか、公費による助成事業の範囲を限定しようとする考え方は一理ある。しかし、母胎や胎児の安心や安全を最も望むのは、母胎となりたい者やそのパートナーである。同時に、子どもを産みたいという思いを強くもつのも、同じくその2人である。

確かに、昨今の出産の先延ばしは知識のなさから生じた現象である場合が多いであろう。とはいえ、いったん不妊治療をすると選択した場合、書籍やインターネットなどでも容易に情報を収集できる昨今、不妊治療を選択する者は、それなりの情報を集めているのではないか。そうしたうえで、母胎と胎児の安心・安全と子どもをもちたいという気持ちとを天秤にかけ、どういった治療をいつまで行うかといった選択をするわけである。

子どもをいつ産むか産まないかという選択の自由が当事者にあるなかで、特定治療支援事業において「長期にわたる治療による身体面・精神面への負担にも配慮」という点を理由に年齢制限など見直すのは、政府によるパターンリスティックな介入なのではないか。特定治療支援事業の助成対象範囲を見直すにあたっては、第一に、子どもをいつ産むか産まないかといった点に関する当事者の自己決定を優先した制度設計を行うべき

であろう。

(2) 世代間公正の視点

特定治療支援事業の見直しは、「妊娠・出産に伴うリスクが相対的に少ない年齢」および「特定不妊治療により出産に至る確率がより高い年齢」が必要な治療を受けられることを目指している。公費による助成事業であるため、安全性や効率性を重視した見直しとなっている。そこで、出産の先送りによる健康へのリスクのみならず、助成を受けられないという経済的負担を担うリスクは、そうした決定をした者が年齢に応じて背負うことになる。

確かに、妊娠や出産に関する知識の普及が図られ、こうしたリスクについて若い頃から考える機会のある世代に属する者については、出産を先送りしたリスクを担わせることに賛同する見解も多いかもしれない。

他方、高齢出産のリスクや不妊治療に関する知識が一般的に普及していないなか（注37）、家庭生活と仕事の両立が難しい環境下で働いてきた世代に属する女性とそのパートナーに、結婚や出産を先送りしてきた結果のリスクを背負わせる政策に、国民の理解は得られているのだろうか。時代背景の違いから生じる世代によって異なるリスクを、それぞれの世代の者に負わせるのは公正な仕組みといえるのであろうか。世代間の公正や公平を図るといふ視点を、制度設計において取り入れる意義は大きい。

そこで、特定治療支援事業の見直しを検討するにあたっては、第二に、現在不妊治療を行う世代が治療に至った時代背景をも考慮要素に加えるべきであろう。

(3) 社会保障法と民法との関係

不妊治療は、倫理的課題の伴う治療であり、これに関する助成の範囲を決定する際には、様々な点を考慮する必要がある。生殖補助医療をめぐるっては、法学や医学においても各種の議論がなされており（注38）、子の出自を知る権利、代理懐胎や卵子・精子提供の是非をめぐる議論などで見解が分かれている。この点、特定治療支援事業には事業目的が定められており、助成範囲がその目的に沿ったものであるべきという点に争いはなからう。

特定治療支援事業においては、少子化対策が求められるなかで、産みたい者が産める環境を作ることが何より重要な目的であろう。そのための経済的負担を減らすことが特定治療支援事業の目的ならば、生殖補助医療をめぐる論点として議論される出産後の子と両親の関係、子の出自を知る権利などをめぐる法的な課題は、切り離して助成範囲を検討するという視点も取り入れてはどうか。

多くの社会保障給付は、生活保障の必要な者の支援を目的としているため、民法が定める法律婚の者とは別に、事実婚の者にも支給される。例えば国民年金法は、「この法律において、「配偶者」、「夫」及び「妻」には、婚姻の届出をしていないが、事実上

婚姻関係と同様の事情にある者を含むものとする。」と定め（5条8項）、子のある事実婚の配偶者にも遺族基礎年金が支給される。特定治療支援事業も、社会保障給付の1つとして、民法上の婚姻秩序とは別に、必要な者に給付を行いうるのではないか。

そこで、助成範囲を定める際は、第三に、問題点を整理し、事業の目的に沿った助成範囲は何であるかという論点と、生殖補助医療をめぐる主張されている論点とを区別しうるかどうかを検証すべきであろう。そのうえで、分けて捉えることができる側面については、助成の範囲は事業の目的に沿って定めるべきである。

現在、少子化対策は、国を挙げて緊急に取り組まねばならない対策の1つと位置づけられている。そうであるならば、第四に、そのかけ声に合わせて助成範囲、すなわち予算は組まれるべきであろう。この点は、次に詳しく検討する。

（注37）平成22年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）分担研究「未婚女性の妊娠に関する意識調査」（研究分担者：杉浦真弓）によると、未婚女性のうち不妊症、流産の頻度を正確に把握していたのは10.5%であり、自分が妊娠できる年齢について、32.6%が45歳までと答え、29.0%が40歳までと答えている。妊娠に関わる知識の習得度に関する国際比較では、日本の習得度は先進各国に比べ低く、その意識が高いニュージーランドの女性の半分程度となっている（2013年）。「妊娠に関わる知識の修得度（国・男女別）」第1回あり方検討会、齊藤委員提出資料・前掲資料（注6）

（注38）前掲（注18）の文献参照

2. 少子化危機突破のための緊急対策

少子化社会対策を総合的に推進するために、少子化社会対策基本法（2003年5月施行）により、内閣総理大臣を会長とし、全閣僚が委員となる少子化社会対策会議が設置されている（注39）。少子化社会対策大綱案の作成、少子化社会対策について必要な関係行政機関相互の調整、並びに少子化社会対策に関する重要事項の審議および少子化に対処するための施策実施の推進が行われることになっている。

2013年6月7日、第13回の会議が開かれ、「少子化危機突破のための緊急対策」が決定された。本会議の議論を踏まえ、安倍総理大臣は次のように述べている（抜粋）（注40）。『「待機児童解消加速化プラン」や、希望に応じて3歳まで育休を取りやすい環境整備など、「子育て支援」と「働き方の改革」をより一層強化してまいります。また、これらに加え、新たに「結婚・妊娠・出産支援」を対策の柱と位置付け、「三本の矢」として、これまで以上にしっかりと少子化対策に取り組んでまいります。」妊娠・出産支援は、安倍政権が掲げる政策のなかで、緊急対策とまで位置づけられているものなのである。

少子化危機突破のための緊急対策では、「これまでの少子化対策は、「子育て支援」と「働き方改革」を中心に取り組んできており、『子ども・子育て関連3法』の成立や『仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章』の策定などを進めてきたが、待機児童解消や、長時間労働の抑制等をはじめとして更なる強化が必要となっている。

一方、個人の希望の実現という点で政策ニーズが高く、出生率への影響も大きいとされている「結婚・妊娠・出産」に係る課題については、これまでの取組は弱いのが現状である。」と整理し、妊娠・出産に係る課題への取組が弱かったことが指摘されている(注41)。

そのうえで、追加された「結婚・妊娠・出産支援」の1つとして、「地域医療体制・不妊治療に対する支援」は位置づけられている。しかし、このかけ声に相当する予算が組まれているといえるのであろうか。

「全員参加型の社会」の実現というスローガンのもと、少子化対策と女性の活躍推進のために厚生労働省の予算は確保されており、「地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化」は、「少子化危機突破のための緊急対策」に基づく取組として推進されている(注42)。そこで、特定治療支援事業の予算の根拠となっている「地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化」の予算は、「新しい日本のための優先課題推進枠」として要望されている。2014年度、推進枠として要求されている予算額は91億円である。全体としては142億円の予算が要求されているものの、これは、緊急対策と称する対策に見合うような、以前より大幅に増えたといえる額であらうか(注43)。なお、待機児童解消策の推進など保育の充実には4,937億円、放課後児童対策の充実には326億円の予算が要求されている。

(注39) 内閣府「少子化社会対策会議について」

<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/measures/>。本会議は、年に数回開かれる形の会議ではなく、議題に応じて開かれる会議で、2003年の第1回の会議以降、2013年までに総計13回の会議が開かれている

(注40) 首相官邸「少子化社会対策会議」(2013年6月7日)

http://www.kantei.go.jp/jp/96_abe/actions/201306/07sst_kaigi.html

(注41) 「少子化危機突破のための緊急対策(案)」2頁

<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/measures/shidai13/pdf/s2.pdf>

(注42) 厚生労働省・前掲予算(注17)9頁

(注43) 厚生労働省・前掲予算(注17)24、32頁

3. 年齢制限について

確かに、例えば特定不妊治療を行った場合の生産分娩率(一回の治療で出産に至る確率)は年齢とともに低下し、流産率は年齢とともに上昇する。不妊治療における35歳の流産率は20.3%であるところ、40歳では35.1%、45歳以上では66.0%となっており、分娩に至る割合は、50回に1回となる(注44)。とはいえ、妊娠・出産に至る者もおり、その僅かな可能性にかけたいと思う者が不妊治療を続けている。

すると、第一に、基本的な考え方で述べたとおり、妊娠・出産に伴うリスクが高いか否かによる産むか産まないかの選択は、そもそも不妊治療を行う者の自己決定に委ねられるべきである。治療における身体面・精神面への負担に、政府が過度に配慮する必要

はない。

次に、出産に至る確率がより低い年齢の者へ公費を支払うか否かが課題となるが、この点は、少子化対策の必要性と、その対策への予算の配分程度や方法との関係で検討すべきであろう。例えば少子化対策として、まずは結婚からサポートすべきとして、男女の出会いの場を増やすべく街コン（街ぐるみで行われる合コンイベント）へのサポートなどが話題を呼んでいる。こうした事業も大切ではあるものの、産みたいと思っている者へのサポートは、少子化対策という観点からは、出産に至る確率が低いとはいえ、より直接的なサポートとなる。不妊治療は費用負担が多く、経済的理由から、それを諦める者もいるからである。そうすると、際限なく多くのカップルが不妊治療を行い、助成費が膨らみすぎるという懸念もあるかもしれない。しかし、不妊治療は、多くの時間を要するという点からの負担や精神的負担も大きい。経済的負担が軽減されたとしても、多くのカップルは、これまでもそうであったように、治療回数や治療年限を限定する可能性は高い。

さらに、現在不妊治療を受けている30代後半から40代の者は、不妊治療に関する情報が不足していた世代に属している。男性社会の職場において、仕事を認められてから結婚や出産を考えた時には、既に妊娠に適した年齢を超えていた者が多い世代である。

妊娠や出産に関する的確な情報を得て、そのリスクについて若い頃から考えたうえで自ら妊娠を遅らせるという選択をした者に、それに伴う各種のリスクを負わせる政策は一理ある。しかし現在の30代後半から40代の世代の者にそのリスクを負わせるのは、その者に加えて、この世代全体にとって酷なものではないか。実際、現在特定治療支援事業の助成対象者の3割以上が40歳以上であり、11.6%が43歳以上となっている。年齢制限を2年後から43歳とした場合、こうしたニーズを踏みにじることになりかねない。

それぞれの世代のニーズは、異なる時代背景に起因する側面がある。ニーズのある者の生活保障が社会保障政策の主要な目的ならば、時代背景の違いを反映した世代間の公正・公平を考える必要がある。他の世代と比べて特定の世代により多くの負担を強いる政策は再考すべきであろう。

（注44）あり方報告書・前掲報告書（注1）11頁、参考資料15「不妊治療における年齢と流産率」

4. 事実婚と不妊治療

2012年2月、厚生労働省は、特定治療支援事業の対象要件である「法律上の婚姻をしている夫婦である」ことの期間についての解釈を変え、「治療開始時に法律上の婚姻をしている夫婦」とした。過去、東京都などでは「申請時に法律上の婚姻をしている夫婦」と解してきたが、厚生労働省の解釈が出たことにより、都における申請要件も「治療開始時」に変更された（注45）。法律上の婚姻関係にある点を重視した解釈の変更である。

しかし、特定治療支援事業は、少子化危機突破のための緊急対策の1つとして位置づ

けられ、経済的負担の軽減を目的とした事業である。民法の定める婚姻秩序の維持を目的としているわけではない。ここでは、社会保障給付としての対象者のニーズの保障を重視し、事実婚のカップルにも助成範囲を拡げるべきではないか。

この点、2013年12月の民法改正で、婚外子に対する遺産相続などの格差が撤廃されたことなどを受け、日本産科婦人科学会は、これまで法律婚の夫婦に限るとしていた体外受精の治療対象について、事実婚のカップルにも拡げるべきかどうかを検討している。自由民主党では、生殖補助医療に関するプロジェクトチームが検討を進め、「特定生殖補助医療に関する法律骨子たたき台案」を出しており、ここでは、事実婚を含む案と含まない案が検討されている（注46）。また、日本弁護士連合会は、第三者の関わる生殖医療技術の利用者の範囲に事実婚を含めた提言を出している（注47）。さらに、生殖医療を行う範囲を夫婦間にとどめず、第三者からの精子提供に加え、病気により自身の卵子で出産できない者に第三者の卵子を斡旋するNPO法人も設立されている（注48）。社会が変化するなかで、様々な見解が検討されている現在、事実婚のカップルに助成範囲を拡げることについて、しっかりとした検討がなされることを期待したい。

この点、検証されることの多い病気で子どもが授からない場合など以外に、深刻な課題をもっているのがLGBT（Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender）のカップルである（注49）。例えば、友人から精子の提供を受けるなどして、体外受精という形で子どもを授かる同性愛者がいる。海外では、そうした家族も増えているなか、日本で子どもを産むためには、自らの性を偽ったり、夫婦であると偽って通院しなければならない。LGBTの人数は、10人に1人、20人に1人などと推計されるなか（注50）、LGBTの家族をつなげるHPや活動も出てきている（注51）。事実婚のLGBTカップルの体外受精が認められ、治療が助成対象となるならば、出生率の上昇にも寄与する可能性がある。その場合、そもそもこの治療は不妊治療ではないため、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」という事業の名称も再考すべきこととなろう。

（注45）東京都福祉保健局「東京都特定不妊治療費助成の概要」

〈<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/kosodate/josei/funin/>〉

（注46）生殖補助医療に関するプロジェクトチーム「特定生殖補助医療に関する法律骨子たたき台案」〈<http://nk.jiho.jp/servlet/nk/release/pdf/1226649335695>〉

（注47）日本弁護士連合会・前掲提言（注20）14頁

（注48）OD-NET 卵子提供登録支援団体 〈<http://od-net.jp/>〉

（注49）詳しくは、遠矢和希「性的マイノリティの家族形成と生殖補助医療」日比野・前掲書（注18）131頁、血縁と婚姻を超えた関係に関する政策提言研究会「同性間パートナーシップの法的保障に関する当事者ニーズ調査」〈<http://www.geocities.jp/seisakuken2003/>〉

（注50）当事者が性や性的指向をどのように認識し、それをどのように示しているのか、自己受容や肯定的な理解ができる環境にあるのか、といった問題もあり、LGBTの人数の推計は難しい。とはいえ、LGBTの課題を検証するうえで統計を取る試みは重要であるなか、公的な統計はなく、そもそもの土台を欠いた状態にある

（注51）にじいろかぞく～Rainbow Family～ 〈<http://queerfamily.jimdo.com/>〉 など

5. 対象となる治療の範囲

以下に掲げる治療法は、特定治療支援事業の対象とされていない（注 52）。①夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療、②代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）、③借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出などにより、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）。

生殖医療をめぐる倫理的課題は容易に解決できる課題ではなく、とりわけ代理懐胎や卵子・精子提供の問題は難しい。妊娠・出産は代理懐胎者にとって生命の危険があるなか、生殖ツーリズム（第三者が関わる生殖技術を利用するため、それが可能な国へ渡航治療する現象）や代理懐胎を引き受ける貧困層の存在など母胎の営利的な利用が世界的に深刻な人権侵害をもたらしているからである。他方、少子化対策が求められるなか、出産したい者への支援は出産に直接結びつきやすい支援であり、かつ不妊治療による経済的な負担が出産の障壁になっている。

そこで、生殖ツーリズムや代理懐胎をめぐる課題などを解消する策を講じたうえで、現在対象外となっている治療を特定治療支援事業の助成対象とすべきか否か、時代に合わせた検討を進めていくべきであろう。また、①～③は、それぞれ社会的な需要度が異なるため、それぞれを分けて検討する必要がある。

例えば、③の借り腹は、癌といった病気を理由に子宮を摘出した際などに、両親の精子と卵子を使用して体外受精を行う出産方法であり、代理懐胎という点を除くと、社会的な理解や同意が最も得られやすい治療かもしれない。また、第三者が、子への権利を主張するなどの紛争が発生した場合、これは、子どもが誕生後、その親を誰にするかという問題である。特定治療支援事業が、経済的負担の重さから「子どもを持つことを諦めざるを得ない方」に対する助成であり、経済的負担の軽減を目的とするのであれば、借り腹による出産方法における民事上の課題の解決は、本事業の助成とは切り離して検討してはどうか。

さらに、不妊治療のなかで社会保険が適用される治療もあるなか、そもそも人工授精、体外受精および顕微授精を社会保険の対象とすることも検討すべきではないか（注 53）。4組に1組以上の子どもがいない夫婦が不妊治療の経験をもつということは、不妊治療のリスクは他の多くの医療リスクと比べても高くなっている。その他の高額な治療が社会保険の対象となるなかで、不妊治療もその一部とする抜本的な改革も検討すべきである。

（注52）「母子保健医療対策等総合支援事業実施要綱」・前掲通知（注 15）

(注53) 詳しくは、金亮完「生殖補助医療への保険適用をめぐる諸問題 - アメリカにおける動向を中心として」比較法学 38 卷 3 号 (2005 年) 101 頁

6. 所得要件

夫および妻の前年の所得の合計額が 730 万円未満である場合に特定治療支援事業の助成は行われる。果たして、この所得要件は妥当であろうか。前述のとおり、不妊治療の経済的負担は大きい。体外受精には 1 周期あたり平均 30～50 万円未満 (52.2%)、または 50 万円以上 (26.9%) といった治療費が必要とされるなか、これは夫婦の所得の合計額が 730 万円を超える世帯にとっても容易に支弁できる金額ではない。多くのカップルが貯金を取り崩すなどして、この費用を支弁している。さらには、治療費が高いために治療の継続を断念している。

こうしたなか、東京都港区のように所得制限を設けていない先進的な自治体もあり、その点が港区に住む魅力ともなっている (注 54)。直接的に少子化対策に結びつく特定治療支援事業は少子化危機突破のための緊急対策である。所得要件を撤廃するといった政策も検討の余地がある。

(注54) 港区「港区特定不妊治療費助成」

(<http://www.city.minato.tokyo.jp/chiikihoken/kenko/ninshin/ninshin/kibo/h23jose.html>)

7. 不妊治療と就労

不妊治療と仕事の両立は、前述したとおり、各種の困難を伴う。この点、雇用の分野における男女の均等な機会及び処遇の確保等に関する法律 (以下、「雇用機会均等法」という。) 9 条 3 項は、妊娠および出産を理由とする不利益取扱の禁止を規定しており、妊娠および出産は、直接的な性差別とは別に差別禁止の対象となっている。とはいえ、不妊治療を理由とする不利益取扱が、公序良俗、雇用機会均等法 7 条 (間接差別)、9 条 3 項の保護の対象となるか否かについては、いまだ十分な議論がなされているとはいえない。この点、アメリカでは、妊娠を理由とする差別が性差別に該当するののかという問題に始まり、不妊治療を理由とする不利益取扱が差別に該当するののか否かが検証され、裁判上も争われている (注 55)。今後、こうした議論も参照しつつ、不妊治療を理由とした不利益取扱から労働者を守るための法解釈も重ねていかねばならない。

同時に、職場の理解を得るための意識改革もいっそう図る必要がある。厚生労働省は、職場での理解を深めるために、事業主に対して不妊治療への理解を呼びかけるリーフレットの配付などを行っている (注 56)。働きながら不妊治療を受ける者が増加するなか、仕事と治療が困難なく両立しうよう、さらなる支援が望まれる。

(注55) 宮永晃一「不妊治療差別は妊娠差別か：連邦裁判所下級審判決の動向」信州大学法学論集第 15 号 (2010 年) 229 頁

(注56) 厚生労働省「従業員が希望する妊娠・出産を実現するために」(2014 年 2 月)

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/30.pdf>)
